

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES SPERMATOCYSTITES
(DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N^o 17

DES

SPERMATOCYSTITES

(DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1908

PAR

Georges SCHULZ

Né à Montpellier (Hérault), le 27 avril 1884

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN.
SARDA ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT *).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la thèse :

MM. DUCAMP, <i>président</i> .	MM. SOUBEYRAN, <i>agrégé</i> .
GRANEL, <i>professeur</i> .	CABANNES, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE ET A MA MÈRE

*« En faible témoignage de ma profonde reconnais-
sance et de ma sincère affection. »*

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

G. SCHULZ.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

PROFESSEUR DE BOTANIQUE ET D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALES

G. SCHULZ.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

CHARGÉ DU COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES

A M. LE DOCTEUR RIMBAUD

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ

G. SCHULZ.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études et avant d'aborder la pratique de l'art médical, il est pour nous un devoir bien agréable à remplir : c'est celui de remercier tous nos Maîtres qui ont contribué au développement de nos connaissances.

Nos remerciements vont tout particulièrement à M. le professeur Ducamp. Nous ne saurions oublier le trop grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant de présider notre thèse. Nous tenons à l'en remercier et à lui témoigner notre très respectueuse reconnaissance.

Que M. le professeur Granel, qui a accepté d'être juge de notre modeste travail, soit assuré de notre sincère gratitude pour le bienveillant accueil que nous avons trouvé auprès de lui.

Les mots sont impuissants pour exprimer à M. le professeur agrégé Soubeyran toute la reconnaissance que nous avons pour lui. Toujours prêt à accourir lorsque nous l'avons appelé dans des moments pénibles, toujours prêt à nous donner des conseils chaque fois que nous les lui avons demandés, il a enfin comblé nos vœux en nous inspirant le sujet de notre thèse.

M. le professeur agrégé Cabannes, qui a bien voulu

accepter de faire partie de notre jury, a aussi droit à nos remerciements.

Nous n'aurons garde d'oublier M. le docteur Rimbaud, chef de clinique à la Faculté. Il sait combien nous l'estimons et combien nous lui devons de reconnaissance. Aussi, c'est pour nous un très grand bonheur de pouvoir aujourd'hui lui renouveler nos sentiments de respectueuse et profonde sympathie.

Enfin, à tous ceux que nous aimons, à tous nos camarades d'études, nous offrons l'hommage de notre gratitude et de notre affection.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SPERMATOCYSTITES
(DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT)

INTRODUCTION

Lorsqu'on trouvait des filaments dans les urines d'un sujet ayant eu une blennorrhagie, on en concluait à une urétrite postérieure ou à une prostatite. Mais il est des cas où ces filaments sont trop volumineux pour ne pas venir d'un autre organe qui ne peut être que les vésicules séminales. Celles-ci peuvent donc être le siège d'une infection, et, dans notre modeste travail, dont le sujet nous a été inspiré par M. le professeur agrégé Soubeyran, nous avons eu surtout en vue l'étude du diagnostic et du traitement de cette infection.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir apporté des idées nouvelles; ce que nous avons voulu prouver, c'est que le massage des vésicules séminales est un procédé de diagnostic et de traitement non seulement précieux, mais même indispensable. Bien des spermatozystites pourraient être guéries si le toucher rectal était fait plus souvent.

Nous avons divisé notre étude en sept chapitres : Dans le premier, nous donnons un aperçu rapide de l'histoire de la question.

Dans le deuxième, nous rappelons rapidement l'anatomie des vésicules séminales.

Le troisième chapitre est consacré uniquement aux différentes causes de spermatocystites ; le quatrième à l'étude de l'anatomie pathologique ; le cinquième à la symptomatologie et au diagnostic ; le sixième au pronostic, à la durée et à la terminaison de la maladie. Enfin le septième est consacré au traitement. Nous le divisons en deux parties : l'une ayant trait à la technique du massage des vésicules séminales, l'autre aux indications de ce massage.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les anciens ne paraissaient même pas avoir soupçonné la possibilité de la propagation d'une inflammation aux vésicules séminales, car tout écoulement urétral était considéré par eux comme constitué par de la semence et le mot de gonorrhée n'avait pas d'autre signification que celle de perte séminale.

En 1829, Dalmas chercha à établir un rapport entre certaines affections cérébrales et les maladies des vésicules séminales ; mais ce qu'il décrivit, ce sont surtout des lésions tuberculeuses.

L'année suivante, Clément soutint à Montpellier une thèse sur les maladies des organes générateurs. C'est une brillante dissertation sur la spermatorrhée et ses conséquences.

Le premier travail important sur ce sujet est le mémoire de Gaussail en 1831, où sont relatées les deux premières autopsies de vésiculite blennorragique. Ce travail est complété plus tard par les recherches de Fay (1840),

Michel Henry (1850), Marée (1854), Velpeau (1856), Godard (1856), Laborde (1859), Rapin, de Strasbourg, (1859), Hardy (1860).

Après avoir fait en quelques pages leur histoire anatomique, Faye étudie la phlegmasie des vésicules séminales, en indique les principaux symptômes, la terminaison possible par la suppuration et parle des dégénérescences fibreuses et osseuses qui en sont parfois les conséquences. La question reste toujours assez obscure jusqu'en 1859, où Rapin soutient à Strasbourg une thèse très intéressante sur l'*Inflammation des vésicules séminales et des conduits éjaculateurs*. L'auteur rassemble tous les documents publiés avant lui et le premier il donne une symptomatologie exacte et insiste en particulier sur les éjaculations colorées, auxquelles on n'avait jusqu'alors pas fait attention.

A partir de cette époque, Dalbeau (1867), Humphry (1871), Kocher (1875), Gueillot, dans une thèse remarquable soutenue en 1883, se sont occupés de la question. En 1889, Lloyd déclarait — opinion certainement exagérée — que dans les cas où l'on croit à une prostatite chronique compliquant une uréthrite, ce sont les vésicules séminales le plus souvent et non pas la prostate qui sont le siège de l'inflammation. Fingér, en 1893, déclare que la spermatoecystite blennorragique accompagne assez souvent la prostatite chronique, mais qu'elle passe le plus souvent inaperçue, et que c'est la raison pour laquelle on ne se doute pas de sa fréquence. Petersen, Colombini, Fuller, Thompson, Hogner estiment que la vésiculite blennorragique est une complication moins rare qu'on n'est en général tenté de le croire. Robert-W. Taylor, en 1895, décrit deux formes de vésiculite blennorragique : l'une aiguë plus rare, l'autre chronique plus fréquente. En 1897,

Allen ; en 1898, Maradeix dans une thèse très documentée et Guiard étudient les vésiculites. Guiard pense lui aussi que la spermatozystite est plus fréquente qu'on ne le croit et il prétend que si on ne les diagnostique pas plus souvent, c'est parce que l'on ne pratique pas assez le toucher rectal. Enfin Aubry en 1899, Janet et G. Colin en 1900 se sont surtout occupés du traitement des vésiculites.

CHAPITRE II

ANATOMIE DES VÉSICULES SÉMINALES

Les vésicules séminales, au nombre de deux, une droite et une gauche, sont des réservoirs musculo-membraneux dans lesquels s'accumule le sperme au fur et à mesure de sa production.

Forme. — Elles sont allongées de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans. Leur extrémité supérieure ou basè est plus volumineuse que leur extrémité inférieure ou col. Séparées l'une de l'autre au niveau de leur base par une distance qui, suivant l'état de réplétion de la vessie, varie de deux à quatre centimètres, elles sont au contact en bas, au niveau de leur col. A la naissance les vésicules sont à peu près horizontales ; à l'âge adulte elles se rapprochent de la ligne médiane et dans la vieillesse elles tendent de nouveau à s'en écarter.

Dimensions. — Leur longueur est environ de 5 à 6 centimètres ; et leur plus grande largeur de 1 centimètre

et demi à 2 centimètres. Leur capacité, qui est en moyenne de 1 cc. 5 à 2 cc., varie suivant les sujets. Probablement cette variabilité tient à l'activité fonctionnelle de la glande génitale, car les vésicules ont un volume bien moindre d'une part chez l'enfant, où la fonction spermatique n'est pas encore établie, et chez le vieillard, où cette fonction a bien diminué. De plus elles s'atrophient après la castration.

Consistance. — A l'état normal, on obtient par l'introduction du doigt dans le rectum, une sensation de mollesse.

Rapports. — Les vésicules séminales sont appliquées par leur face antérieure contre le bas-fond de la vessie, dont elles sont séparées, à leur partie toute supérieure, par la portion terminale de l'uretère qui les croise obliquement. Elles reposent en arrière sur la face antérieure du rectum, dont les sépare seulement l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers. On comprend ainsi comment les matières fécales, exerçant une pression sur les vésicules pendant la défécation, en expulsent le sperme chez les sujets atteints de spermatorrhée. Immédiatement au-dessous d'elles, se trouve la prostate. Chaque vésicule est côtoyée en dedans par le canal déférent.

Le péritoine s'insinue toujours dans l'espace qui sépare les deux vésicules séminales et recouvre une partie de leur fond. La surface de la vésicule recouverte par la séreuse est plus grande lorsque la vessie est vide que lorsqu'elle est pleine, la réflexion du péritoine se faisant à 15 millimètres environ de la prostate lorsque la vessie est vide, tandis qu'elle se fait à 40 millimètres et même plus, lorsque la vessie est distendue (Charpy).

Les rapports des vésicules séminales et du péritoine expliquent les péritonites de voisinage pouvant compliquer une inflammation de ces vésicules.

Moyens de fixité. — Les vésicules séminales sont solidement fixées à la base de la prostate. Interposées entre deux organes à capacité variable, la vessie et le rectum, elles peuvent osciller dans le sens antéro-postérieur. Elles suivent, dans ces déplacements, la vessie plutôt que le rectum, à cause des adhérences qui existent entre elles et le réservoir vésical. Au niveau de leur base, une couche de tissu cellulaire lâche les sépare de la vessie d'une part, du rectum d'autre part.

Constitution anatomique. — Le réservoir du sperme n'est pas constitué par une poche analogue, par exemple à la vésicule biliaire, mais par un seul tube pelotonné sur lui-même. Le tube déroulé présente une longueur de 10 à 15 centimètres environ ; quelquefois plus petit, il est assez souvent plus long et Cruveilhier en a vu un qui atteignait 32 centimètres (Gueillot). Il est surtout remarquable par les diverticules qui s'en détachent de chaque côté. Si on l'ouvre, on constate que sa cavité, cloisonnée à l'infini, se décompose en une multitude de cellules communiquant toutes les unes avec les autres, mais toujours très irrégulières quant à leur orientation, leur forme et leurs dimensions. Certains auteurs ont pensé que c'est grâce à cette disposition que l'homme est prêt à toute heure à pratiquer le coït.

Les vésicules séminales se composent de trois tuniques superposées, qui sont, en allant de dedans en dehors : une tunique muqueuse, une tunique musculieuse à fibres lisses et une tunique celluleuse. La tunique muqueuse, de

coloration blanc-jaunâtre, épaisse environ de 1 millimètre, est tapissée en dedans par un épithélium cylindrique. La tunique musculieuse comprend trois plans de fibres : un plan moyen, comprenant des fibres circulaires, un plan interne et un plan externe dans lesquels les fibres ont une direction longitudinale. Cette tunique représente à elle seule plus des deux tiers de l'épaisseur de la paroi. La tunique celluleuse, relativement mince, est très riche en vaisseaux et en nerfs. Elle n'existe pas chez l'enfant et ne semble se constituer que vers la puberté.

Contenu. — A l'examen microscopique, on trouve des spermatozoïdes, des cellules épithéliales, des globules blancs (en très petit nombre dans les vésicules saines), des globules rouges, des sympexions et du mucus. La réaction du contenu des vésicules séminales est ordinairement alcaline.

Vaisseaux et nerfs. — Les artères des vésicules proviennent de la vésicule inférieure et de l'hémorroïdale moyenne, deux branches de l'iliaque interne. Les veines, remarquables à la fois par leur nombre et par leur volume, forment une sorte de plexus, le plexus séminal, grossi par de nombreuses veines issues de la face postérieure de la vessie. Il se continue en bas et en avant avec le plexus vésico-prostatique. Les lymphatiques forment un riche réseau d'où naissent deux ou trois troncs qui vont se jeter à la fois dans les ganglions iliaques externes et dans les ganglions hypogastriques.

Les nerfs, très nombreux, émanent du plexus hypogastrique.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

De toutes les causes de l'inflammation des vésicules séminales, la blennorrhagie est assurément la plus directe et la plus énergique ; c'est celle que nous aurons surtout en vue dans cette étude des spermatozystites. Mais néanmoins nous ne pouvons passer sous silence les autres causes ; aussi en ferons-nous une énumération rapide.

Masturbation. Excès vénériens. — Tous les auteurs ne sont pas d'accord pour admettre la masturbation et les excès vénériens comme une cause de l'inflammation des vésicules séminales. Cependant si l'on tient compte de l'afflux considérable de sang dû à l'abus de la fonction de l'appareil spermatique et de la congestion permanente des organes sécréteurs et excréteurs du sperme, on peut être disposé à admettre sinon que la masturbation et les excès vénériens sont des causes déterminantes des spermatozystites, tout au moins à les considérer comme des causes pouvant favoriser l'inflammation.

Injectons uréthrales. Cathétérisme. — « Un bon nombre de malades auprès desquels j'ai été appelé, dit M. Velpeau, ne pouvaient réellement attribuer l'orchite dont ils étaient affectés qu'aux injections qu'ils s'étaient faites dans l'urèthre. » Il est en effet prouvé que les injections trop fortes et poussées avec trop de hardiesse peuvent faire naître l'orchite. Or comme l'inflammation n'arrive au testicule qu'après avoir envahi la vésicule séminale, il est permis de considérer les divers agents administrés en injections dans l'urèthre comme pouvant être cause des maladies des vésicules séminales.

Il en est de même du cathétérisme. Il n'est pas rare, en effet, de voir la prostate et les épидидymes s'enflammer à la suite du passage d'une bougie ou par le fait d'une sonde à demeure. Soit que l'inflammation ait été produite par les microbes normaux de l'urèthre qui, dans certaines conditions et sous diverses influences, deviendraient pathogènes, soit qu'un agent infectieux ait été amené au dehors avec l'instrument employé, l'infection se propage ou bien vers la vessie, les uretères et les reins, ou bien envahit la prostate, les vésicules séminales, les canaux déférents, les épидидymes. La phlegmasie peut s'arrêter aux vésicules séminales, sans s'étendre jusqu'aux épидидymes. Et Duhot (de Bruxelles) rapporte le cas d'un homme qui avait l'habitude de se sonder lui-même et dans les vésicules séminales duquel on trouva, à l'autopsie, des lésions très nettes d'inflammation : ses vésicules séminales contenaient un grand nombre de staphylocoques qui purent être cultivés sur plaques de Pétri.

Rétrécissement de l'urèthre. — Les rétrécissements du canal de l'urèthre, par suite de l'irritation qui se trouve

derrière l'obstacle, peuvent aussi enflammer des vésicules. A la longue, en effet, l'urine chassée par la vessie contre le rétrécissement dilate peu à peu la portion du canal comprise entre la coarctation et le col vésical, l'irrite par sa présence et finit par déterminer une inflammation chronique de toute la portion prostatique. Cette inflammation gagne les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales et parfois les testicules ; la preuve en est dans l'engorgement de ces derniers à la suite de rétrécissements. Il y a aussi des observations d'épididymites qui n'ont complètement disparu qu'après la guérison des lésions uréthrales. Les orifices des follicules prostatiques se dilatent ; quelquefois même l'orifice des canaux éjaculateurs partage cette dilatation.

On a supposé que l'urine refluit, par ces conduits dilatés, jusque dans les vésicules séminales et irritait directement ces réservoirs. Mais tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce mécanisme. Rapin prétend en effet n'avoir jamais pu faire pénétrer dans les conduits éjaculateurs des injections forcées poussées dans le canal de l'urèthre. Civiale et Kaula, au contraire, prétendent qu'on ne peut douter du reflux de l'urine, lorsqu'on voit à l'autopsie les canaux éjaculateurs éraillés, ulcérés et assez dilatés pour admettre une grosse sonde, et les vésicules remplies d'une urine purulente. Lloyd, dans le *British medical Journal*, cite un cas d'inflammation aiguë des vésicules à la suite d'un rétrécissement du canal de l'urèthre.

Infection purulente. — Gueillot dans sa thèse cite deux observations, celles de Beer et de Purser. Ces deux auteurs ont placé dans la vésicule séminale la source de l'infection générale. Mais dans le premier cas il y avait

suppuration de la vésicule, de la prostate, du testicule et de l'épididyme, et dans le cas de Purser il y avait une endocardite infectieuse. Il faut donc dans ces deux cas, comme dans l'observation n° IV, que nous empruntons à Duhot, considérer l'inflammation des vésicules non comme la cause mais comme un effet de l'infection générale.

Tuberculose. — La tuberculose peut aussi se localiser sur les vésicules séminales. Elle peut même très fréquemment débiter par elles, comme M. Guyon l'a établi à l'aide de la clinique et comme M. Lancereaux l'a fait à l'aide de l'anatomie pathologique.

Inflammation des organes voisins. — Les inflammations de la prostate et de la vessie peuvent se communiquer aux vésicules séminales.

Les connexions qui existent entre le rectum et les vésicules sont tellement intimes qu'il est facile de comprendre le retentissement des maladies du premier sur les secondes. L'inflammation des réservoirs du sperme peut être provoquée par tout ce qui enflamme cette partie de l'intestin. Aussi voit-on les entérites, les diarrhées chroniques, les ascarides même irriter les vésicules séminales et exciter leurs contractions. La constipation, par la compression que les matières fécales exercent, peut avoir une fâcheuse influence. Les hémorroïdes agissent aussi comme obstacle mécanique à la défécation et comme cause irritante.

Causes diverses. — Enfin d'autres causes, d'un intérêt

moindre, ont été invoquées comme pouvant occasionner des spermatocystites. C'est la rétention et la stagnation des sécrétions normales des vésicules pouvant donner lieu à la spermatorrhée et à la colique spermatique. Dans ces cas, Reliquet incrimine surtout le fait d'une incontinence sévère coïncidant avec des excitations génésiques, fait assez fréquent chez les jeunes gens à la veille du mariage, pouvant devenir la cause d'accidents hypocondriaques. Il faut aussi incriminer l'augmentation de consistance des produits de sécrétion de la vésicule séminale venant oblitérer le canal éjaculateur. Cette augmentation de consistance empêche l'expulsion des produits normaux ; dans ces conditions la vésicule devient le siège de phénomènes inflammatoires.

Dans un âge avancé, des concrétions, que Robin a appelé *sympexions*, sont fréquentes mais elles ne sont point spéciales à la vieillesse, et Reliquet et Cadiat citent les cas d'un jeune sujet chez lequel les vésicules séminales « étaient dures, distendues, se tenaient raides comme dans une sorte d'état d'érection » (Reliquet). Les vésicules et en particulier la vésicule gauche étaient littéralement remplies de *sympexions* denses. Ils avaient le volume d'un pois et étaient formés d'une substance homogène, s'écrasant entre deux plaques de verre, un peu plus réfringente dans l'eau, soluble dans l'acide acétique et couvert de cellules épithéliales et de spermatozoïdes adhérents à sa surface. C'est par leur volume et leur consistance que ces *sympexions* peuvent oblitérer les canaux éjaculateurs et devenir ainsi la cause de vésiculite.

Comme autres causes diverses, nous citerons pour mémoire la présence d'un volumineux calcul dans la

vessie, l'équitation, l'abus de certaines substances occasionnant des pollutions. Ces dernières causes agissent en irritant les vésicules ; aussi croyons-nous devoir les considérer comme des causes adjuvantes plutôt que comme des causes déterminantes.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les vésicules séminales et les canaux éjaculateurs sont susceptibles d'états morbides les plus variés, depuis la simple inflammation et suppuration jusqu'aux diverses dégénérescences. L'inflammation n'envahit pas l'appareil spermatique sans y laisser des traces de son passage.

Nous avons rassemblé dans ce chapitre tout ce que nous avons trouvé dans les auteurs et dans les journaux, et voici à quelles données nous sommes arrivé.

L'inflammation porte parfois sur une seule vésicule, parfois sur les deux. La vésicule enflammée est tantôt augmentée de volume, tantôt au contraire elle est ratatinée : le plus souvent on note une augmentation de volume.

Gueillot cite cependant des cas de spermatocystites où les vésicules étaient restées normales. Généralement la paroi des réservoirs spermatiques est épaissie. Leur face externe est vascularisée, d'une teinte rouge pâle dans toute son étendue, sauf près du col où cette coloration devient foncée. Les veines sont sinueuses. Elles sont

entourées d'un tissu graisseux duquel elles se détachent facilement. A la coupe, les alvéoles présentent un aspect à peu près normal. Leur contenu ressemble le plus souvent à du pus plus qu'à du sperme. Dans ce liquide épais, on trouve des leucocytes, des sympexions, des globules rouges. Les spermatozoïdes ne s'y rencontrent pas toujours. Duhot mentionne la présence de gonocoques libres et intra-capsulaires trouvés dans les vésicules séminales d'un sujet atteint de spermatocystite d'origine blennorragique.

A l'examen microscopique, on trouve des vaisseaux gorgés de sang. Le long de leur trajet en voit le tissu cellulaire infiltré de cellules rondes et de leucocytes. La couche fibreuse externe est soudée au tissu conjonctif périphérique. La musculuse est dégénérée. Beaucoup de ses fibres ont subi la dégénérescence brune ou hyaline et sont séparées par un tissu conjonctif plus épais. Elle est infiltrée de cellules embryonnaires tout le long des vaisseaux. La muqueuse est très congestionnée. Les capillaires sont gorgés de sang dans les villosités. Celles-ci sont épaisses et anastomosées entre elles. La muqueuse est infiltrée de cellules embryonnaires. L'épithélium subit une prolifération active et se desquame abondamment.

Dans les cas de tuberculose, les vésicules séminales sont augmentées de volume, beaucoup plus bosselées qu'à l'état normal ; elles semblent, selon la comparaison de quelques auteurs, avoir été injectées avec une matière solidifiable, telle que du suif. Sur une coupe on trouve des parties crétaées ou ramollies ; mais il est rare de constater des abcès véritables s'accompagnant de fistules.

Autour d'elles, le tissu cellulaire est extrêmement épaissi et forme souvent une couche de près d'un demi-

centimètre qui les unit aux parties voisines et surtout au fond de la vessie.

Ordinairement les deux vésicules séminales sont altérées simultanément. On cite cependant des exemples dans lesquels une seule vésicule était malade. Mais on doit cependant s'assurer par une coupe s'il n'y a pas une altération encore peu prononcée, occupant seulement la muqueuse du réservoir et qui ne donne lieu extérieurement à aucune déformation.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Nous étudierons la spermatoecystite aiguë et la spermatoecystite chronique. Celle-ci est plus fréquente que la première.

A. — Spermatoecystite aiguë

D'après Pitha, la vésiculite est habituellement unilatérale ; la vésiculite double est regardée par lui comme une rareté. Les sujets atteints de spermatoecystite aiguë, présentent certains symptômes communs à la plupart des maladies inflammatoires des organes génito-urinaires ; mais il en est cependant de spéciaux, c'est-à-dire qui ne peuvent être rattachés qu'à une inflammation des réservoirs du sperme.

Les phénomènes pourraient être divisés en généraux et en locaux ; mais les premiers sont trop peu prononcés

pour avoir quelque valeur. Ainsi il peut arriver que l'on observe un peu d'accélération du pouls, un malaise général, un besoin de mouvement, de l'inquiétude, de la tristesse, etc... Si les pollutions sont fréquentes et durent depuis un certain temps, le malade pourra s'en trouver affaibli ou bien son caractère deviendra plus irritable. Cependant il est un symptôme à peu près constant et qui a une grande importance, c'est la constipation, qui, dans certains cas, se montre très opiniâtre.

Les phénomènes locaux sont beaucoup plus importants pour le diagnostic. Parmi ceux-là, la douleur est un des principaux. Les malades la rapportent au périnée, au bas-ventre, aux aines le plus souvent, quelquefois aux lombes ou à la hanche. Cette douleur s'explique non seulement par l'anastomose des nerfs des vésicules avec les plexus hypogastrique, vésical, rénal, mais aussi parce que le canal déférent participe presque toujours à l'inflammation. Il existe en même temps une sensation de tension à l'anus et quelquefois du ténésme anal ou vésical. La défécation est très souvent douloureuse ; il en est de même de la miction. Non seulement la douleur est ressentie pendant la défécation, mais même très souvent dans l'intervalle des selles. Parfois le malade accuse seulement une sensation de lourdeur vers l'anus. Les mêmes phénomènes se passent du côté de la vessie et la plupart du temps ils sont très accentués. Reliquet cite le cas d'un malade atteint de spermato-cystite droite qui fut pris pendant la nuit d'envies d'uriner toutes les dix minutes et de douleurs à la miction qui lui arrachaient des cris.

Le coït exaspère ces phénomènes douloureux et leur donne, selon l'expression de Vidal, l'intensité de véritables coups de dards. Ces douleurs peuvent être d'une intensité telle que le malade se voit dans l'impossibilité complète

de coïter. Il y a presque toujours de l'hyperexcitabilité sexuelle, du priapisme. Les troubles de l'éjaculation doivent être cités. Dans les rapports sexuels, l'orgasme vénérien est prématuré. Les pollutions sont fréquentes ; elles sont dues à l'intolérance du réservoir spermatique, c'est pourquoi le sperme est expulsé dès son arrivée dans les vésicules comme l'urine est chassée de la vessie dans la cystite aiguë.

Un autre symptôme qu'il convient de placer en première ligne, c'est l'hémospermie. Le sperme en effet est coloré ; cette coloration passe successivement du brun au rose, suivant le degré d'intensité de l'inflammation. Disons cependant que cette hémospermie n'est pas un signe pathognomonique de spermatocystite ; elle peut en effet se montrer dans d'autres cas, à la suite d'excès de coït ou de masturbation, alors qu'on peut tout au plus invoquer une congestion des réservoirs spermatiques ou même chez les vieillards, en l'absence de toute cause accidentelle. Le sang peut quelquefois être presque pur. Le sperme laisse sur le linge des taches grises au centre, brunes ou roussâtres à la périphérie : au microscope on y trouve du pus, du sang, des spermatozoïdes inertes ; ces derniers font parfois complètement défaut. L'écoulement blennorragique ne cesse pas toujours ; il devient même quelquefois plus abondant et contient des spermatozoïdes.

Mais tous ces symptômes ne peuvent que faire songer à la spermatocystite. Il faut pour porter un diagnostic certain pratiquer le toucher *per anum*.

Après avoir étudié la symptomatologie des spermatocystites chroniques, nous indiquerons comment doit être pratiqué le toucher rectal.

B. — Spermatocystite chronique

Comme dans la forme aiguë, il y a souvent des troubles de la miction et de la défécation. Guéillot cite un malade de Verneuil qui avait des symptômes simulant un rétrécissement et une contracture du périnée et du sphincter externe ; un autre présentait des phénomènes de cystite.

A côté des troubles il convient de signaler les désordres de l'éjaculation et en particulier la spermatorrhée, bien que celle-ci soit considérée par la plupart des auteurs modernes comme un trouble fonctionnel, un désordre de l'innervation des organes génitaux. Les érections nocturnes sont très souvent tenaces et douloureuses. Dans le malade qui fait l'objet de l'observation n° 1, les pollutions étaient très répétées ; le sperme était coloré par du sang. Fingér, au contraire, signale le cas d'un malade atteint de vésiculite double et chez lequel, en dépit de la continence, les pollutions étaient extrêmement rares ; le sperme qui était éjaculé dans ces circonstances renfermait du pus et de très rares spermatozoïdes sans mouvement ; il ne mentionne pas la présence de sang. Par conséquent, l'hémospémie peut exister comme dans la vésiculite aiguë, mais elle peut aussi faire défaut.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, tous ces symptômes ne sont pas pathognomoniques. C'est surtout par le toucher rectal que doit être fait le diagnostic. Et cependant, malgré la grande utilité de ce procédé, on néglige trop fréquemment d'avoir recours à lui ; cela tient à ce qu'on le connaît mal et à ce que l'on en ignore les multiples appli-

cations et les précieuses ressources. Il faut donc savoir quand et comment on doit examiner et masser la prostate et les vésicules séminales. Le seul mode d'exploration et de massage de ces organes est la voie rectale ; cependant la prostate peut être examinée aussi par la voie uréthrale, à condition que celui qui procède au cathétérisme soit attentif et exercé.

Le toucher rectal se fait avec l'index droit de préférence et le plus souvent ; néanmoins on pourra examiner avec l'index gauche ; il sera même sage de s'en servir. C'est la pulpe du doigt ou plus exactement la pulpe de la phalangelette seule, qui doit agir, si l'on veut recueillir des sensations bien nettes.

Le doigt peut être nu ou recouvert d'une légère capote de baudruche ou d'un tissu de caoutchouc très fin. Pour si fins que soient ces doigts de gants, ils enlèveront toujours un peu de sensibilité, aussi vaut-il mieux s'habituer à ne pas en faire usage. On se contentera d'entourer le doigt qui pratiquera le toucher, de vaseline stérilisée, afin de lui permettre de pénétrer doucement et loin. M. Guyon emploie, au lieu de vaseline, la pommade suivante :

Poudre de savon.....	}	à à 33 grammes
Glycérine		
Eau		
Acide phénique cristallisé.....	1	—
	(Guyon)	

On peut aussi employer la pommade suivante :

Gomme adragante.....	2 gr. 50
Glycérine.....	10 grammes
Eau phéniquée à 3%.....	90 —
	(O. Krauss)

M. Janet remplace l'eau phéniqué irritante de cette dernière pommade par de l'eau distillée ; il stérilise sa pommade en tubes d'étain et la conserve ainsi parfaitement stérile à condition de flamber l'orifice du tube avant de s'en servir et de l'utiliser rapidement.

M. Guyon recommande d'enduire largement de corps gras l'anus du patient, afin de moins faire souffrir ce dernier et de faciliter la manœuvre. On aura eu soin au préalable de vider l'intestin et la vessie : la vessie par miction ou sondage avant l'examen, l'intestin par un grand lavement pris de préférence deux ou trois heures avant l'examen et au besoin, chez les malades dont l'intestin est encombré, par un purgatif pris la veille. Le toucher peut se faire le malade étant couché en décubitus dorsal, ou bien en position genu-pectorale, modifiée quelquefois en laissant le malade debout sur ses jambes et lui faisant plier à angle droit le corps, les mains appuyées sur une chaise.

Décubitus dorsal. — C'est la position qui est le plus employée et c'est à elle que M. Guyon accorde la préférence. Voici les raisons qu'il en donne : on peut examiner le malade en décubitus latéral ou en position genu-pectorale lorsqu'il s'agit de *voir* (fistules, fissures, hémorrhoïdes, tumeurs de la région anale) ou d'examiner les faces latérales ou postérieure du rectum (rétrécissement, cancer) ; mais ici, c'est la face antérieure du rectum que la pulpe du doigt explorera ; il est donc de toute nécessité que le malade soit en décubitus dorsal pour que cet examen soit pratiqué dans de bonnes conditions ; de plus, on n'explorera bien qu'en s'aidant du palper hypogastrique pratiqué par l'autre main, et tout ceci ne pourra être fait que si le malade est couché sur le dos, les cuisses

demi-fléchies sur le bassin, respirant bien et ne se contractant pas.

L'opérateur se place à droite du patient et pratique le toucher avec l'index de la main droite. Dans quelques cas, pour examiner le lobe gauche de la prostate et surtout la vésicule gauche, il peut être nécessaire de se placer à gauche du malade et de pratiquer le toucher avec l'index gauche, mais cela est exceptionnel et avec un peu d'habitude on explore en général très bien dans cette position la prostate et les deux vésicules séminales.

Il faut d'abord « placer le doigt », l'enfoncer dans le rectum lentement, doucement et le plus profondément possible, « atteindre le bord supérieur de la prostate, vérifier la pointe d'insertion des vésicules à ce niveau et de là rechercher le corps même de ces glandes sur le bas-fond vésical, qui tombe en général à angle droit devant l'extrémité du doigt, quand celui-ci a dépassé la prostate. Cet examen est plus facile à vessie vide qu'à vessie pleine. Néanmoins il est des cas où les vésicules sont plus faciles à apprécier quand elles sont soutenues par la paroi vésicale bien dilatée. Dans le cas où les vésicules sont suspectes, il est donc bon de pratiquer cet examen à vessie pleine et à vessie vide » (Janet). Une main placée sur l'hypogastre peut aussi fournir un plan résistant, qui facilite l'examen pratiqué par le doigt rectal. La main hypogastrique déprimera l'abdomen, en profitant des mouvements d'expiration, et ira ainsi à la rencontre du doigt placé dans le rectum.

Position genu-pectorale. — Certains médecins, parmi lesquels Reliquet, Guépin, Ayres préfèrent explorer la prostate le malade étant en position genu-pectorale ou bien debout, le corps formant un angle droit avec les cuisses.

« Il me paraît que la position à quatre pattes, sur le lit, le siège élevé, la tête reposant sur le plan du lit, est la meilleure quand le malade ne peut se tenir debout. Si au contraire il n'est point couché, il se penchera en avant, le corps plié à angle droit, les mains appuyées sur une chaise. Dans cette attitude, il devient facile : d'abord d'introduire le doigt plus profondément que dans toutes les autres : ensuite de mieux recueillir les sensations qu'il reçoit ; enfin et surtout de porter la prostate contre un plan résistant, fixe, qui est la face postérieure de la symphyse pubienne » (Guépin).

De ces deux positions, le décubitus dorsal est la plus employée. Il permet en effet la combinaison du toucher rectal à la palpation hypogastrique et donne ainsi des renseignements plus précis.

Quels sont donc les renseignements obtenus ? Bien que nous ayons surtout en vue l'étude des spermatocystites, nous ne pouvons parler de l'exploration et du massage des vésicules séminales sans dire quelques mots de l'exploration et du massage de la prostate. Les rapports qui existent entre ces organes sont trop intimes pour que nous croyons, dans ce chapitre, pouvoir parler des premières en passant la seconde sous silence.

Prostate. — Le doigt tombe d'abord sur le bord postérieur de la prostate qu'il faut examiner méthodiquement. On portera l'extrémité de l'index sur la partie moyenne de ce bord postérieur, puis on explorera toute la région située à droite : lobe droit avec sa corne, vésicule droite ; revenant ensuite sur la ligne médiane, on explorera de la même façon la région gauche ; enfin, ramenant le doigt à son point de départ, on lui fera descendre et suivre le sillon postérieur, puis le bec de la prostate.

Normalement la glande est ferme, présentant une résistance élastique particulière. Elle présente la forme d'un cœur de carte à jouer ; elle est nettement délimitable au milieu de la souplesse des tissus voisins. A l'état normal, la prostate est indolente : si elle est sensible, c'est qu'il y a de la prostatite à quelque degré. La pression exercée sur elle avec la pulpe du doigt donne souvent au patient, au moment où elle a lieu, la sensation d'envie d'uriner et fait sourdre au méat une goutte de liquide prostatique. Normalement ce liquide est laiteux, épais, blanc crémeux, non visqueux, dégageant une odeur spermatique caractéristique. Au microscope on voit des cellules épithéliales, des corpuscules amyloïdes, des cristaux butyriques ; à l'état pathologique ce liquide peut devenir plus abondant, plus jaunâtre. On peut aussi découvrir des leucocytes et, lorsqu'il y a infection, des microbes.

Il faut aussi ajouter que le toucher permet de constater le poulx rectal ; très active, cette circulation artérielle dénote un état inflammatoire.

Vésicules séminales. — Le doigt, introduit dans l'anus, cherche la prostate, va à droite et à gauche des cornes prostatiques et rencontre alors les vésicules séminales. Le plus souvent, la vésicule infectée (parfois les deux) forme une saillie allongée, parfois dure, parfois fluctuante, pouvant acquérir dans certains cas les dimensions d'un œuf de poule (Guiard) ; elle est douloureuse à la pression. Mais cette douleur n'est pas constante. Lorsqu'une vésicule est douloureuse et l'autre non, c'est un bon signe de spermatocystite. La pression exercée par le doigt explorateur peut faire sourdre un liquide blanc-jaunâtre, quelquefois teinté de sang. Dans quelques cas même ce peut être du sang presque pur. Ce liquide se présente

le plus souvent sous forme de longues glaires, rappelant par leur forme, la constitution des vésicules elles-mêmes (Observations n° II et III). On peut affirmer que ces glaires viennent des vésicules et non de la prostate ou de l'urèthre, car dans les cas de prostatite ou d'urétrite on n'obtient que de petits filaments moulés sur les acini glandulaires.

Dans les cas de tuberculose des vésicules séminales, la vésicule malade est quelquefois dure, inégale, bosselée, lobulée, puis cette période de dureté fait place au ramollissement. Dans la plupart des cas; on trouve une masse volumineuse, lisse, généralement peu consistante, faisant saillir la paroi rectale; « elle donne au doigt qui l'explore la sensation de certains kystes sébacés, de poche injectée au suif, de mastic; elle peut même devenir fluctuante. Sur plus de 50 cas que nous avons observés, c'est à peine si 7 ou 8 montrèrent des bosselures » (Gueillot). Ce dernier point est important à noter, car on attribue généralement une trop grande valeur à la constatation de bosselures à la surface d'une vésicule pour diagnostiquer la tuberculose de cet organe. « Il est bon de remarquer en passant que ces bosselures manquent dans 80 p. 100 des cas » (Colin). Lorsque ces bosselures existent, elles peuvent se ramollir et s'ouvrir dans le rectum où le doigt constate ces lésions, ou bien subir la transformation fibreuse.

Dans les cas de spermatorrhée, le toucher des vésicules séminales a aussi son intérêt. La spermatorrhée peut, par quelques-uns de ses symptômes, simuler une spermatoecystite. Elle se traduit, en effet, par de fréquentes pertes séminales la nuit, soit après des efforts de détection ou même de miction, s'accompagnant de phénomènes généraux (dépression nerveuse, neurasthénie, sensation de vertige, céphalalgie après le coït, diminution

de la puissance sexuelle). Dans ces cas de spermatorrhée, les vésicules séminales peuvent être congestionnées, dilatées. Cette dilatation s'accompagne de stagnation et de rétention des produits de sécrétion. Le plus souvent, la prostate est touchée en même temps que les vésicules, qui sont augmentées de volume, douloureuses à la pression ; l'une des deux vésicules est souvent plus atteinte que l'autre, quelquefois l'augmentation de volume ne porte que sur une vésicule et la moitié correspondante de la prostate. La pression digitale fait écouler un liquide spermatique visqueux, en même temps qu'elle provoque une légère douleur et une envie d'uriner. Cet examen est indispensable pour faire porter un diagnostic qui conduira lui-même au traitement approprié.

Il est enfin intéressant de mentionner un certain nombre de phénomènes douloureux, que Guépin a réunis sous le nom de coliques spermatiques, dus à la réplétion anormale des vésicules séminales, avec ou sans oblitération des canaux éjaculateurs. Nous trouverons dans ces cas à peu près la symptomatologie que nous avons décrite à propos des spermatocystites. Le toucher rectal sera encore ici très précieux. Ce qu'il faudra surtout s'efforcer de rechercher dans ces cas-là, ce sera la cause de la rétention, et c'est contre elle que l'on dirigera le traitement.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic de spermatocystite doit être fait surtout avec celui de prostatite. Nous pensons que la forme et les dimensions des produits issus par l'urèthre à la suite de massages répétés serviront à faire le diagnostic. Dans les cas de spermatocystites les filaments expulsés sont longs ; on a plutôt affaire à des glaires ressemblant à des crachats. Dans les cas de prostatite ou d'urétrite on a seulement de petits filaments

fins et peu allongés. Enfin, au toucher, si la prostate est tuméfiée et douloureuse et les vésicules insensibles, on sera en droit de penser que celles-ci ne sont pas en cause.

La colique spermatique peut en imposer pour une spermatocystite, et une spermatocystite aiguë peut aussi être prise pour une colique spermatique. Cependant la violence des douleurs qui sont continues, la rapide formation du pus, l'impossibilité parfois complète de pratiquer le toucher rectal, tant la région est endolorie, permettent d'éviter l'erreur. « En un mot, entre la colique et la spermatocystite aiguë, il y a toute la différence qui sépare un état inflammatoire violent d'une simple névralgie » (Reliquet).

Un diagnostic très précieux à faire consiste à reconnaître la tuberculose des vésicules séminales. Il est, en effet, fréquent de voir la tuberculose commencer par là, alors qu'aucun autre organe n'est atteint. C'est ici le toucher rectal qui serait le moyen le plus sûr de porter le diagnostic : la présence de petites bosselures indurées doit faire songer à une vésiculite tuberculeuse. Disons cependant que ce signe n'est pas absolu, car ces bosselures peuvent manquer dans un grand nombre de cas.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC — DURÉE ET TERMINAISON

L'inflammation des vésicules séminales est d'un pronostic plus sérieux qu'il ne le semble au premier abord. La mort en est rarement le résultat, quoique la péritonite ne soit pas excessivement rare, mais les altérations qu'elle produit dans ces organes délicats compromettent souvent la fonction génératrice.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question sont d'accord pour reconnaître la spermatozystite comme une cause très fréquente de pertes séminales ; mais les fonctions du testicule peuvent être atteintes d'une manière encore plus profonde et plus irrémédiable ; nous voulons parler des obstacles qui s'opposent au libre cours du sperme, depuis l'organe sécréteur jusqu'au canal de l'urèthre. Ces obstacles sont dus à un dépôt de matières plastiques qui se sont organisées dans les voies spermatiques et en obstruent les conduits. Ces oblitérations ne sont pas très rares dans les canaux éjaculateurs et dans les vésicules séminales ; mais c'est surtout le long du

canal déférent et dans l'épididyme qu'elles ont été rencontrées le plus souvent. On conçoit maintenant la gravité que présente l'inflammation des vésicules séminales et l'importance qu'il y a à combattre sa marche vers le testicule.

Quant à la durée et à la terminaison de la maladie, on ne peut rien affirmer. Elle peut être très longue ; elle peut être courte ; de plus, elle peut récidiver. Le traitement, dont nous allons parler, n'aboutit pas à un résultat toujours complet et les observations n° I et III n'indiquent pas une guérison complète. Néanmoins les deux malades qui font le sujet de ces deux observations ont été améliorés d'une façon très sensible et c'est ce qui peut nous permettre d'espérer que, si le massage avait été continué, on serait arrivé à une guérison totale.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement à recommander pour la guérison des prostatites ou des spermatozystites est surtout le massage de la prostate et des vésicules séminales. L'étude de la technique de ce massage a été faite plus haut, lorsque nous avons parlé de la méthode à employer dans le toucher rectal pour faire le diagnostic des spermatozystites. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet ; nous n'aurons ici en vue que l'importance du massage au point de vue thérapeutique. Disons tout de suite que le massage n'est pas le seul traitement à employer ; malgré son importance souvent prépondérante, il n'en faut pas moins mettre en œuvre les autres ressources thérapeutiques bien connues et dont l'efficacité n'est plus à discuter, lavages, instillations, dilatation, lavements médicamenteux ou simples, suppositoires calmants ou décongestionnants, etc... Le massage n'est qu'un moyen thérapeutique, souvent le meilleur de tous, mais il n'est pas le seul.

Donc le massage de la prostate et des vésicules constitue un excellent moyen de traitement des affections de ces organes ; mais il faut savoir bien l'employer et ce n'est qu'à cette condition qu'on guérira les uréthrites chroniques compliquées de spermatoecystites et de prostatite, qu'on supprimera une tendance trop fréquente des prostatites chroniques de la jeunesse à se transformer en prostatites séniles (hypertrophie de la prostate), qu'on guérira la spermatorrhée et la colique spermatique.

I. — Technique

Le patient sera en décubitus dorsal, le chirurgien se placera à sa droite et se préparera à pratiquer le toucher rectal, puis le massage. Le meilleur massage est celui que l'on fait avec la pulpe de l'index nu ou recouvert d'une mince capote protectrice. Certains auteurs — parmi lesquels Felecki, Swinburne — ont inventé des instruments spéciaux pour pratiquer ce massage ou pour permettre aux malades de se masser eux-mêmes. Mais, quelque ingénieux que soient ces instruments, il convient d'être très réservé sur leur emploi, car ils agissent mal, irrégulièrement et aveuglément.

Le doigt est introduit doucement, la face palmaire en avant, aussi loin que possible, comme pour le simple toucher rectal. Il est nécessaire que le doigt, avant de masser, reconnaisse la région et les points sur lesquels doivent porter surtout ses efforts ; il est nécessaire ensuite de se rendre compte à chaque fois de l'état des lésions,

des progrès obtenus et de ceux qu'il reste à obtenir. Ce n'est qu'en agissant ainsi avec méthode, qu'on arrivera à de bons résultats.

On fera uriner le malade et on le sondera s'il n'urine pas de lui-même ; après quoi on lavera l'urèthre et on remplira la vessie avec un liquide antiseptique (oxycyanure de mercure à 1 p. 2000) et c'est alors seulement qu'on commencera le massage. On procédera à une série de frictions douces de haut en bas, d'arrière en avant. Il ne faut pas trop déployer de force ; le massage doit être doux et progressif. « On évitera autant que possible d'éveiller un état de souffrance : passer outre serait s'exposer à raviver les phénomènes inflammatoires » (Guiard).

Lorsque le massage est fait en vue d'évacuer les sécrétions glandulaires, le doigt recherchera de préférence les points rénitents, qui s'affaissent sous lui ; le malade a la sensation très nette du passage dans l'urèthre d'un liquide qu'on retrouve au méat ou dans l'urine ; si ces manœuvres sont douloureuses, il faut s'arrêter. Si l'induration est trop forte, si la pression est trop douloureuse, mieux vaut ne pas insister, sous peine de faire naître des phénomènes inflammatoires ; dans ces cas, on prescrira du repos, un traitement antiphlogistique et, suivant les indications, des lavements chauds (45 à 50°), pris lentement et sous forte pression, des lavements calmants (antipyrine et laudanum ; tête de pavot, etc...), des suppositoires résolutifs (ichthyol, onguent napolitain). Sous l'influence du traitement approprié, la douleur et l'inflammation disparaîtront, et une fois ce résultat obtenu on pourra reprendre et continuer fructueusement le massage.

Ici, comme pour l'examen, il faudra s'aider de la main placée sur l'hypogastre, en l'enfonçant profondément en

arrière du pubis, tout en recommandant au malade de ne pas se contracter et de respirer largement, la bouche ouverte; ainsi on peut, en amenant les deux mains l'une à la rencontre de l'autre, saisir entre elles la prostate et les vésicules séminales, la main hypogastrique remplaçant avantageusement le plan résistant qu'on cherche à constituer par le pubis dans la position genu-pectorale.

Quel espace de temps laisser entre deux massages ? Il importe, surtout au début, de faire une séance tous les jours, principalement quand la prostate ou les vésicules sont le siège d'une infection microbienne; lorsque la prostatite ou la vésiculite sont aseptiques, on peut à la rigueur espacer les séances de 48 heures.

Dans les premières fois, le massage durera une minute seulement. Lorsque le patient sera habitué à cette manœuvre, on pourra la prolonger pendant deux ou trois minutes. Cinq minutes seront un maximum qu'il ne faudrait pas dépasser sous peine d'entraîner de l'irritation.

On cessera ces massages lorsque la maladie sera sûrement et complètement terminée, lorsque les glandes seront désinfectées, vidées, décongestionnées. D'ailleurs, au cours du traitement, il sera bon de « refaire le diagnostic » de temps à autre, c'est-à-dire de procéder à un examen semblable à l'examen fait au début du traitement, afin de mesurer le chemin parcouru et celui qui restera à parcourir, afin d'apporter au besoin au traitement telle modification que commanderaient les indications et les circonstances; agissant ainsi, on fera non pas œuvre mécanique, mais œuvre raisonnée, intelligente et par suite utile.

Il arrive quelquefois, après le premier massage — et même sans qu'il ait été douloureux — surtout chez les gens nerveux et impressionnables, qu'on ait à constater

un peu de malaise général, une menace de syncope, mais cet accident est sans importance, car le malade se remet vite de cette indisposition et cela ne se reproduit plus aux séances ultérieures.

L'action physiologique du massage a été bien étudiée par Aubry. L'expression de la glande détermine l'évacuation dans l'urèthre de son contenu pathologique, il en est de même pour les vésicules. De plus, les frictions méthodiquement exercées sur ces organes régularisent la circulation et les échanges ; le massage débarrasse donc les acini et les conduits glandulaires des produits septiques qui les encombrent, aide à la résorption des stagnations acineuses et combat l'élément congestif : de là dérivent ses nombreuses indications : expulsion mécanique des produits sécrétés et stagnants, dans un but diagnostique ou thérapeutique (ex. : prostatite blennorragique chronique), désinfection, décongestion.

II. — Indications du massage. Valeur thérapeutique

Le massage est indiqué :

- 1° Dans les affections de l'urèthre ;
- 2° Dans les affections de la prostate ;
- 3° Dans les affections des vésicules séminales.

Affections de l'urèthre

Le massage est indiqué, utile, indispensable dans les uréthrites chroniques compliquées de prostatite et de

vésiculite, et c'est à la seule condition de le pratiquer qu'on verra guérir ces malades.

Affections de la prostate

Prostatite aiguë. — Thure-Brandt, Ebermann, Duchemin et Aubry ont pu obtenir de bons résultats de massages pratiqués avec beaucoup de douceur et accompagnés naturellement de toute la thérapeutique antiphlogistique de mise en pareil cas dans la prostatite aiguë avant que la suppuration ne se soit effectuée, et ils ont pu ainsi l'éviter. Les observations de prostatites aiguës guéries par le massage sont très rares et les auteurs muets à ce sujet.

Prostatite blennorragique chronique. — Ici le massage est indispensable. Sous l'influence de ce traitement, associé à l'emploi de grands lavages de permanganate de potasse (à 1 p. 2 ou 3000) ou d'oxycyanure de mercure (à 1 p. 2000), la maladie s'améliorera progressivement et la guérison ne tardera pas à être obtenue, alors que l'urétrite durerait depuis longtemps et paraissait incurable, malgré tous les traitements patiemment mis en œuvre. Les raisons de ce succès sont faciles à comprendre : Un foyer microbien existe dans la prostate entretenant l'infection de l'urèthre, la renouvelant au fur et à mesure que les lavages la détruisent à la surface du canal ; ce foyer infectieux ne peut être atteint par des lavages, mais si l'on fait précéder chacun d'eux d'un massage, d'une expression de la glande, peu à peu on videra celle-ci de ses sécrétions. En raison de la situation de la prostate et des difficultés de son évacuation, ce n'est

que petit à petit qu'on arrivera, en diminuant chaque jour le nombre des microbes et la quantité des sécrétions, à les supprimer, mais le succès couronnera nécessairement ces efforts.

Tant qu'il y aura des gonocoques, il sera utile de faire un massage par 24 heures suivi d'un lavage. Le temps nécessaire à la guérison est variable selon l'ancienneté et la gravité du cas, selon la résistance particulière des lésions, selon le traitement.

Prostatites chroniques non gonococciques. — On sait qu'il y a des prostatites dont l'agent pathogène n'est pas le gonocoque. Celles-ci peuvent être massées et traitées comme les prostatites blennorragiques.

Hypertrophie de la prostate. — Le massage trouvera encore son application ici ; mais surtout comme moyen prophylactique, car ses effets sont beaucoup moindres ou même nuls dans l'hypertrophie déclarée et constituée en tant que maladie.

Affections des vésicules séminales

Spermatocystite blennorragique. — La forme aiguë sera traitée par les antiphlogistiques ; la forme chronique, de beaucoup la plus fréquente, sera justiciable du massage. Il est rare que la prostate ne soit pas en même temps prise, à des degrés divers, au moins dans la moitié correspondante à la vésicule malade ; dans ces cas le massage devra donc porter à la fois sur la prostate et sur la ou les vésicules malades.

Contre la vésiculite, ce procédé rendra les mêmes services que contre la prostatite, qu'il y ait des gonococques, des microbes d'infection secondaire ou vésiculite aseptique, congestion et hypersécrétion pathologique aseptique de la vésicule. Ce massage devra être fait dans les mêmes conditions que celui de la prostate, c'est-à-dire continué jusqu'à ce que les vésicules, débarrassées de leurs produits de sécrétion morbides, septiques ou non, soient revenues à leur état ordinaire, normales à l'examen du doigt et ne laissant plus sourdre de liquide pathologique à la pression.

Vésiculite tuberculeuse. — Ici le massage est sans application. Son emploi serait inutile pour le moins et pourrait devenir dangereux. La tuberculose des vésicules, tout comme celle de la prostate, constitue une contre-indication formelle au massage.

Colique spermatique. — Dans les cas peu intenses de colique spermatique, le rétablissement régulier des fonctions génitales suffit à amener la guérison ; il n'est nullement besoin d'intervenir directement.

Si au contraire les accidents sont plus graves, il convient tout d'abord d'examiner avec soin le sujet, de rechercher s'il n'y a pas une cause de spasme urétral pour la supprimer tout d'abord. Il conviendra de combattre par les moyens appropriés la constipation. Il sera indiqué de faire usage en particulier des lavements tièdes ou chauds. Il faut dans ces cas permettre et encourager même les rapprochements sexuels, sans excès irraisonnable. Enfin si la colique spermatique est plus grave, il conviendra, après avoir employé les moyens que nous venons d'indiquer, d'agir directement. Pour cela Guépin conseille de faire

sortir du canal éjaculateur le corps étranger oblitérant. « Pour cela on passe dans l'urèthre une sonde en gomme assez volumineuse. Sur cette sonde, le doigt étant introduit dans le rectum, on comprime le point induré, qui dans la prostate représente le canal éjaculateur distendu. S'il cède sous une pression modérée, la sonde reviendra couverte de filaments muqueux, et avant de retirer cette dernière on mettra une certaine quantité d'eau boriquée. » Dans les cas de colique spermatique, en effet, le massage est un excellent moyen thérapeutique, le plus efficace (ce qui ne veut pas dire qu'il faille abandonner les autres) parce qu'il vide les acini glandulaires, décongestionne les glandes, régularise leur circulation et rétablit leur fonctionnement normal. Sous son influence on voit les vésicules et la prostate se dégonfler, les pertes s'espacer, les symptômes locaux et généraux s'amender progressivement et disparaître enfin, alors que tous les traitements antérieurs avaient échoué.

Spermatorrhée. — A propos des cas de spermatorrhée, de dilatation des vésicules avec rétention et stagnation des produits sécrétés, Colin s'exprime ainsi : « J'ai l'habitude de pratiquer tous les jours au début, tous les deux jours plus tard, un massage de la prostate et des vésicules, d'une durée totale de 2 à 3 minutes, combinant l'expression proprement dite au massage, puis je pratique un grand lavage uréthro-vésical à l'eau boriquée ou au nitrate d'argent à dose très faible, astringente (1 p. 10000) ; je fais prendre au coucher un petit lavement aussi chaud que possible (45 à 50°), pris lentement, avec une pression faible, et après qu'il a été rendu je fais introduire pour la nuit un suppositoire rectal avec 25 à 40 centigrammes de sulfo-ichthyolate d'ammonium ou d'on-

guent napolitain et 1 à 2 centigrammes d'extrait de belladone ; le matin grand lavement frais, lotion locale froide, rapidement faite sur le bas-ventre, la verge, les bourses, le périnée, les fesses, la racine des cuisses ; hygiène générale (douches, frictions au gant de crin, etc...) ; régime alimentaire doux, en écartant les irritants. Il est bien rare que les affections les plus rebelles des vésicules et de la prostate résistent longtemps à ce traitement dont j'ai voulu indiquer les grands traits et les indications générales, mais dont le facteur principal est, je le répète, le massage de la prostate et des vésicules séminales. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran

Uréthrite chronique avec prostatite et spermatocystite chez un neurasthénique

M. S..., 28 ans, agent d'assurances à Montpellier, est atteint et soigné depuis deux ans environ pour neurasthénie. Il a un écoulement chronique de l'urèthre et se plaint d'éjaculations nocturnes répétées.

La masse éjaculée contient quelquefois du sang.

Il a des érections nocturnes tenaces et presque constantes.

Dans son urine il y a des filaments assez allongés.

Examen : Les urines sont claires, il y a des filaments dans les trois verres.

Le calibre de l'urèthre est normal ; il n'y a pas de rétrécissement.

Au toucher rectal on constate que la prostate est un peu grosse. Les vésicules séminales ne sont pas très volumineuses ; elles sont un peu douloureuses. Après un massage, on fait uriner le malade.

On constate que l'urine contient des filaments très abondants : les uns sont courts, les autres sont longs et épais. On porte le diagnostic d'uréthrite chronique avec prostatite et vésiculite chez un neurasthénique.

Traitement : Pendant deux mois, lavages du canal avec une solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 2000. Dilatation du canal avec des béniqués jusqu'au numéro 60. Massage de la prostate et des vésicules séminales.

Le sujet paraît s'améliorer d'abord, puis il retombe dans le même état avec en plus une forte poussée hémorroïdaire.

Le 14 mars 1908, ablation des hémorroïdes avec anesthésie générale et guérison rapide.

On reprend le traitement et au bout de quelques séances le malade ressent une certaine amélioration. Les érections sont moins tenaces, laissent quelque répit, et l'état général se remonte suffisamment. Depuis on n'a plus des nouvelles du malade.

OBSERVATION II

Gardner W. Allen. — The Boston med. and surg. Journ., juin 1895)

Il s'agit d'un malade porteur d'une vésiculite consécutive à une blennorrhagie et traitée pendant trois mois par le massage de la prostate.

En juin 1895, recrudescence de son urétrite qui dure trois semaines. Un jour, pendant qu'il urinait, le jet de l'urine s'arrête brusquement et le malade expulse par le méat une masse formée d'une substance d'apparence membraneuse, représentée par une série de digitations, les unes longues et minces, les autres renflées en massue. L'examen microscopique montre que cette masse n'avait pas de structure. Elle était formée d'un mucus épais et représentait un tube coulé dans une vésicule séminale.

Le malade, pendant deux semaines, expulsa quelques masses semblables, mais plus petites; depuis, ce fait ne s'est pas renouvelé.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran)

Urétrite chronique avec prostatite et spermatocystite

M. P..., 24 ans, étudiant en droit, à Montpellier, a contracté une blennorrhagie aiguë en mai 1907. Il s'est soigné par les grands lavages au permanganate de potasse et a été guéri en un mois et demi environ. Depuis lors, il a conservé une goutte et des filaments dans l'urine.

C'est un sujet scléreux, nerveux. Ses reins sont dans un état plutôt médiocre, et il a été soigné pour cela par M. le professeur Vires.

Vers la fin août 1908, il vient me consulter pour son urétrite chronique.

Examen. — A l'inspection, le canal ne présente rien. A l'expression, il n'y a pas d'écoulement. On le fait uriner dans trois verres. On trouve des filaments assez longs et peu nombreux dans le premier et dans le deuxième verre et des filaments nombreux et petits dans le troisième ; ce qui indiquait une urétrite chronique totale avec prostatite.

On complète l'examen par :

1° L'exploration du canal dont le calibre est normal ; il n'y a pas de rétrécissement ;

2° Le massage de la prostate après avoir lavé l'urètre avec une solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 2000 et après avoir rempli la vessie.

La prostate est massée et l'on sent qu'elle est volumineuse, sans bosselures, mollassée ; mais au-dessus d'elle on sent, abaissées par la réplétion vésicale, les vésicules séminales augmentées de volume, facilement accessibles et donnant une sensation de distension. A

leur niveau il existe une certaine douleur à la pression digitale. Après ce massage on fait uriner le malade et l'on voit s'écouler du canal une masse blanc-jaunâtre et filamenteuse analogue à un gros crachat et qui vient flotter dans le verre. Cette masse correspond vraisemblablement au liquide collecté dans les vésicules.

Diagnostic : Uréthrite chronique avec prostatite et spermato-cystite.

Traitement : Tous les deux jours, lavage du canal à l'oxyeyanure de mercure à 1 p. 2000.

Massage de la prostate et des vésicules.

Dilatation au béniqué jusqu'au n° 60.

Résultats : Amélioration assez rapide de la spermato-cystite au bout de huit à dix jours. On ne retrouve plus le volumineux écoulement. Les filaments persistent cependant et le malade part fin septembre très amélioré ; la prostate et les vésicules séminales ont fort diminué, mais il persiste encore quelques filaments d'uréthrite chronique.

OBSERVATION IV

Duhot. — Annales des maladies des organes génito-urinaires 1901.

S... Auguste, employé.

Examen nécropsique. — Les poumons sont très hyperhémisés et présentent à droite et à gauche des noyaux de pneumonie. La rate est gonflée. Le cœur présente une teinte pâle et jaunâtre.

Les reins sont criblés de petits abcès miliars. La vessie congestionnée est flasque, distendue. Le col est entouré d'un tissu granuleux. La prostate est hypertrophiée et vascularisée sur toute sa surface externe. En la pressant, on fait sortir un liquide purulent par tous les orifices. Le canal de l'urètre est très congestionné dans toute son étendue et recouvert d'un exsudat purulent.

Le verumontanum est gonflé.

La vésicule droite est fortement augmentée de volume. Elle mesure 8 centimètres de longueur, 5 de largeur et 2 centimètres d'épaisseur.

Les diverses cellules se dessinent nettement à la surface. Elle est adhérente au tissu conjonctif périphérique qui est épaissi et induré. De petites hémorragies se voient à sa surface et les veines sont très variqueuses.

La muqueuse est jaunâtre et l'on voit de petits vaisseaux gorgés de sang à sa surface. Le contenu de la vésicule est un liquide purulent mêlé de stries sanguinolentes. La vésicule gauche est moins dilatée. Elle ne mesure que 5 centim. de longueur. Elle renferme également un liquide purulent mais moins épais que la vésicule droite.

Examen microscopique. — Dans la vésicule droite, le contenu est absolument purulent et renferme de nombreux microcoques en grappe et des débris de tissu nécrosé. Il n'y a pas de spermatozoïdes.

Dans la vésicule gauche, il y a beaucoup de cellules de desquamation, des leucocytes et des coques en grappe.

Quelques spermatozoïdes assez rares.

Les cultures sur plaques de Pétri donnent après 24 heures des colonies d'un blanc-jaunâtre, arrondies, donnant à un faible grossissement l'aspect de colonies nettement limitées et granulées surtout au centre.

Les cultures sur agar poussent en profondeur et en surface ; la gélatine est liquéfiée et troublée ; le bouillon est troublé et les cultures sur pomme de terre donnent une couche dont la couleur orange est bien nette après trois jours. Donc nous avons affaire ici au *staphylococcus aureus*.

A l'examen des coupes, voici ce que l'on voit : Le tissu conjonctif périphérique prolifère activement. Il renferme beaucoup de cellules fusiformes et fibro-plastiques. Les vaisseaux sont très congestionnés et l'on voit une forte infiltration de leucocytes mono et polynucléaires.

La fibreuse externe est également très épaissie. La musculuse est profondément dégénérée et atrophiée. Les faisceaux musculaires sont petits, espacés par du tissu conjonctif en partie fibrillaire, en partie fusiforme. Beaucoup de fibres musculaires sont gonflées et ont subi la dégénérescence hyaline.

La muqueuse est détruite. La musculaire est recouverte par une couche nécrotique coagulée dont la partie la plus interne est formée de corpuscules de pus dégénérés renfermant de nombreuses colonies de staphylocoques et de la matière colorante du sang. La partie externe de cette couche est formée d'un fin réseau excessivement riche en leucocytes et dont la zone qui avoisine la musculaire présente de nombreuses hémorragies capillaires.

OBSERVATION V

In Thèse de Guillot.

Epididymite blennorragique, spermatozystite terminée par résolution

Verm... Léon, contracte une chaudepisse dans les premiers jours de janvier 1881; son cours est normal et n'est guère signalé que par des érections très douloureuses.

En février, survient une cystite assez violente; alors les érections deviennent de plus en plus douloureuses et s'accompagnent de pollutions, dont l'une est sanguinolente.

Le lendemain de cette dernière, le 3 février, apparaît une douleur dans l'aîne, qui disparaît le jour suivant.

Du 6 au 11, il y a une amélioration notable; mais à ce moment le testicule gonfle et le patient entre à l'hôpital avec une épидидymite gauche; le gonflement et la douleur remontent le long du déférent jusqu'au voisinage de l'anneau.

Par le toucher rectal, on constate les particularités suivantes; la prostate, sans augmentation de volume, est douloureuse, principalement dans son lobe gauche; *le col de la vésicule droite est sensible; celui de la gauche l'est beaucoup plus; la pression, à ce niveau, produit une vive douleur et provoque un besoin d'uriner.*

Le 16, apparaissent des douleurs assez vives dans le ventre, surtout dans la région sus-inguinale gauche.

Le 17, nous trouvons le malade avec une température de 39°2, des envies de vomir, un ventre très sensible : on assiste au début d'une péritonite (purgation, bain prolongé, opium, large vésicatoire sur la région hypogastrique).

Le soir, il y a de la fièvre (température 40°, de la céphalalgie. Il y a eu pendant le jour deux selles douloureuses.

Dès le lendemain il se produit une amélioration manifeste ; la sensibilité du cordon et du ventre diminuent rapidement, et le 2 mars V... peut quitter l'hôpital.

Il reste pendant longtemps un suintement urétral qui, en octobre, à la suite de rapports sexuels, retourne à l'état aigu. Un mois après, le 4 novembre, nouvelle épididymite gauche, accompagnée encore d'une déférentite très manifeste, puis surviennent des vomissements, de la céphalalgie, une douleur inguinale, mais les symptômes sont moins marqués que la première fois. De nouveau aussi, nous constatons *la sensibilité de la prostate qui, cette fois, est un peu tuméfiée, et le col de la vésicule gauche, qui donne au doigt la sensation d'une plume d'oie, est très douloureuse*. Le malade ne quittait définitivement l'hôpital que le 15 décembre.

OBSERVATION VI

(Mauriac. — Annales de dermatologie, 1891,

Un cas rare de déférentite et de vésiculite blennorragiques

Un homme de 41 ans entre le 23 septembre 1890 aux chambres payantes de l'hôpital du Midi, pour une blennorragie très aiguë qu'il avait contractée treize jours auparavant et qui s'était déclarée cinq jours après les rapports sexuels.

C'était la seconde. La première remontait à dix-huit années auparavant et s'était compliquée de deux orchites qui avaient attaqué

le même testicule (celui de droite), à peu d'intervalle l'un de l'autre.

Huit ans après, cet homme se maria et il a eu deux enfants.

La blennorrhagie dont il vient se faire traiter à l'hôpital du Midi fut inflammatoire, purulente et évolua très régulièrement pendant les deux premières semaines de sa durée.

Il survint alors au quinzième jour, sans aucune cause appréciable, une cystite assez violente, puisqu'elle forçait le patient à uriner toutes les heures. La prostate était intacte et elle resta toujours telle jusqu'à la guérison.

Je n'eus d'autres recours contre la blennorrhagie et la cystite qu'à des boissons diurétiques et à des bains fréquents et prolongés.

Les phénomènes inflammatoires, les troubles fonctionnels s'atténuaient et se calmèrent peu à peu. La maladie arriva à cette période de maturité où il est permis et indiqué d'administrer les balsamiques et c'est ce que je fis vers le quatrième septénaire.

Puis je prescrivis quelques injections légèrement astringentes. Tout semblait aller pour le mieux, lorsque le malade, après une longue marche, fut pris tout à coup, le trente-troisième jour de la blennorrhagie, d'une douleur excessivement vive dans le bas-ventre, immédiatement au-dessus du pli de l'aîne et au niveau du canal inguinal du côté droit.

Je constatai en ce point un cordon volumineux très dur, fort douloureux à la pression et sans empâtement périphérique; il plongeait dans le bassin, on pouvait le suivre et le sentir très profondément grâce à la maigreur du sujet et à la flaccidité de ses parois.

Il n'y avait absolument rien ni dans le cordon, ni dans l'épididyme, ni dans le testicule.

L'inflammation, l'augmentation de volume, la douleur s'arrêtaient d'une façon très précise et brusque au niveau de l'orifice inférieur du canal inguinal.

Le repos, les cataplasmes laudanisés, des purgations légères n'ayant produit à peu près aucune amélioration, je fis appliquer, vers le troisième jour de l'affection, dix sangsues au niveau du canal inguinal et il en résulta tout de suite un grand soulagement.

Le malade n'éprouvait aucune douleur dans le fondement ni au périnée. La garde-robe était régulière. Il ne paraissait donc y avoir aucun retentissement de l'affection du côté de la prostate de la vésicule.

Pourtant je pratiquai le toucher rectal et je constatai :

1° Que la prostate n'avait pas été touchée ; son lobe droit était aussi indolent et aussi régulier que celui du côté gauche ;

2° Que la vésicule séminale au contraire, double de volume, formait une petite tumeur dure, bosselée et un peu douloureuse.

3° Que le canal déférent était volumineux, très dur et douloureux au toucher, mais moins cependant qu'au niveau du canal inguinal. Je m'attendais tous les jours à voir le processus s'étendre au cordon, descendre dans les bourses et envahir l'épididyme.

Et bien ! il resta toujours limité au canal déférent et à la vésicule ; l'orifice inférieur du canal inguinal fut pour lui une barrière infranchissable.

C'est là le côté très particulier et réellement inexplicable de cette complication blennorrhagique.

Elle dura sous la forme aiguë 7 ou 8 jours et ne s'atténua ensuite que très lentement.

Le canal déférent était encore un peu tuméfié et dur quand le malade était guéri de la blennorrhagie après un séjour de six semaines à l'hôpital.

A aucun moment le cordon, l'épididyme et le testicule n'ont subi la plus légère atteinte.

OBSERVATION VII

In Thèse de Reliquet. — Coliques spermatiques)

Oblitération du canal éjaculateur droit par le mucus concret des vésicules séminales. — Colique spermatique. — Désoblitération du canal éjaculateur. Guérison.

M. X..., âgé de 55 ans, m'est adressé par mon ami le Dr Suender. Je le vois en août 1878. Il souffre depuis six ans. Actuellement les envies d'uriner, impérieuses, ont lieu au moins toutes les heures.

La miction est douloureuse dès le début, et à la fin l'élanement de l'anus à l'extrémité de la verge se continue toujours quelques instants après la sortie des dernières gouttes d'urine.

Etre assis sur un siège mou, et surtout aller en voiture ou en chemin de fer provoquent une excitation locale des plus douloureuses avec envie incessante d'uriner. Le malade ne peut voyager qu'étant couché. M. X... souffrait déjà un peu en urinant, et ne coïtait déjà qu'avec crainte en raison de la douleur qu'il éprouvait au moment de l'éjaculation, lorsque, en septembre 1873, courant pour arriver à une gare de chemin de fer, il est pris brusquement d'une violente envie d'uriner. Précipitamment il se déboutonne, et est tout étonné de voir sortir une quantité relativement considérable d'un liquide en tout semblable à du sperme. Pour le malade, c'est du sperme. Cette émission est accompagnée d'une ardeur douloureuse très vive dans l'urètre, analogue à celle déjà pressentie pendant le coït au moment de l'éjaculation. La cuisson très vive, qui suivit, s'éteignit dans un temps assez court.

Le malade continue à s'abstenir du coït. Dix-huit mois après, en 1875, il remarque qu'il urine du sang, et cela sans douleur ni gêne.

Peu de temps après, commencent les envies impérieuses et fréquentes d'uriner, au moins toutes les heures et surtout toutes les quarante minutes, nuit et jour. Toutes les mictions sont douloureuses.

A partir de cette époque, le malade ne peut plus rester assis ; après s'être mis quelquefois sur un ischion, puis sur l'autre, il est obligé de se lever pour faire cesser les élancements allant de l'anus à l'extrémité de la verge.

Après avoir essayé beaucoup de traitements, passage de sonde, injections ou instillations profondes au nitrate d'argent, en cette année 1875, M. X... consulta à Paris un de nos confrères. Le diagnostic fut tubercule de la prostate, et le malade fut envoyé chez lui avec un traitement *ad hoc* : huile de foie de morue, lait, etc. Le 15 août 1878, avec mon confrère le docteur Thorel, nous examinons le malade.

Le rectum étant vidé par un grand lavement d'eau tiède, pris en se servant d'une longue canule en gomme, au toucher rectal nous trouvons la prostate ayant ses deux lobes inégaux, comme bosselés. Le lobe gauche est d'une consistance normale, sans saillie notable.

Le lobe droit présente une bosselure très nette, près de la partie moyenne de la prostate, bosselure qui se prolonge en arrière de la corne droite de la prostate et se continue avec la vésicule séminale droite. Celle-ci, d'une consistance nette, est facilement délimitée par le doigt. La pression du doigt sur ces différents points ne provoque que très peu de douleur, il y a surtout sensation vive de besoin d'uriner.

Pour faire l'examen de la cavité vésicale, je passe une sonde en gomme ; la vessie contient très peu d'urine, et je ne peux y injecter que 80 gr. d'eau tiède.

Le passage du lithotribe explorateur dans la région prostatique et dans le col vésical est très douloureux. Je ne trouve rien dans la vessie. Les parois n'ont pas de colonnes trop saillantes. Mais je constate une élévation très notable de la lèvre inférieure du col vésical, au-dessus du trigone.

L'instrument retiré, la douleur cesse.

Alors, préoccupé des troubles fonctionnels antérieurs des voies génitales, ne croyant pas à la présence de tubercule dans la prostate, en raison de l'ancienneté de l'affection, six ans au moins, de l'âge du sujet, et surtout de l'état général très bon, je dis à mon confrère le Dr Thorel, que nous devions avoir affaire là à une oblitération du canal éjaculateur.

Je place dans l'urèthre une sonde coudée en gomme n° 23. J'introduis mon doigt dans le rectum. Grâce à la résistance due à la sonde dans l'urèthre, je reconnais très nettement que la saillie à consistance uniforme du lobe droit se continue avec celle de la vésicule séminale du même côté, et qu'elles ne font ensemble qu'une seule masse. Je comprime la portion prostatique de cette masse sur la sonde. Je la sens qui cède ; elle devient molle et plus petite.

Je retire la sonde de l'urèthre. Elle est recouverte, dans toute sa portion qui occupait la région prostatique, d'une matière grise affectant l'aspect de brins de vermicelle disposés en réseau autour d'elle. Cette matière d'un gris mat, demi-molle, sans bavure ni mucosité, est, évidemment, sortie d'une cavité en s'effilant dans un orifice plus étroit. A peine s'il y a un peu de sang. En retirant la sonde j'avais laissé 60 grammes d'eau dans la vessie.

Je prescris de mettre des cataplasmes sur le ventre, de donner le soir un grand lavement d'eau tiède, pris avec la longue canule

en gomme. Après on donne un petit lavement de 100 grammes de lin épaisse contenant 1 gr. 50 de chloral qui est gardé.

Je m'empresse d'aller de suite trouver mon maître, M. le Dr Ch. Robin, pour le prier d'examiner cette matière expulsée. Notre maître regarda aussi les morceaux de cette même matière évacuée après, soit spontanément, soit par la pression du doigt introduit dans le rectum. Voici la note qu'il nous a remise :

« Ces produits expulsés par l'urèthre que m'a remis M. Reliquet, examinés séance tenante, nous ont offert les particularités suivantes. Ils se composent de fragments de cylindre épais de 2 millim. environ. Les plus grands, l'un surtout long de 12 millim. était remarquable en ce que sa surface était comme marquée de saillies et de sillons de séparation. L'examen sous la loupe de ces dispositions montrait qu'elles reproduisaient exactement le moule des sinus alvéolaires dont la muqueuse des éjaculateurs est pourvue, comme celle de la fin des canaux déférents et de l'utricule prostatique, mais avec des dimensions sensiblement moindres.

» La surface de ces cylindres ou fragments de cylindres, ainsi conformée, était d'un gris-brunâtre. Le microscope montrait que cette couleur était due à la présence de quelques cellules épithéliales, polyédriques plutôt que prismatiques, parsemées de ces granules brunâtres spéciaux qui colorent l'épithélium de la fin du canal déférent et des vésicules séminales et par suite la face interne de la muqueuse de ces organes.

» Quant à la substance même de ces cylindres, elle était assez ferme pour rouler entre les doigts sans s'écraser, hors d'une assez forte pression. Elle se gonflait un peu dans l'eau, mais sans changer d'aspect, ni se dissocier, même après plusieurs heures de séjour.

» Le microscope montrait cette matière constituée, pour la moitié au moins de sa masse, par des spermatozoïdes. Le reste était représenté par une substance transparente, légèrement striée par place et que l'acide acétique rendait striée à peu près partout, comme quand il s'agit des mucus proprement dits et des mucus concrets, ceux de l'intestin surtout. C'est dans ce mucus qu'étaient agglutinés les spermatozoïdes indiqués ci-dessus et avec eux de très fins granules, les uns grisâtres, les autres jaunes, d'aspect gras, non attaqués par l'acide acétique. Avec les spermatozoïdes existaient aussi quelques rares cellules épithéliales, quelques leucocytes peu

granuleux et en outre quelques sympexions dont les plus gros n'avaient pas plus de 3 à 4 centièmes de millimètre de diamètre.

L'ensemble de ces éléments, épithéliums, leucocytes et sympexions, ne représentait à peine que le dixième de la masse, à côté de celle formée par le mucus agglutinant et les spermatozoïdes.

Il n'y a plus de doute, M. X... , est atteint de coliques spermaticques dues à des amas de sperme et de mucus dans le canal éjaculateur droit et dans la vésicule séminale du même côté.

Je m'empresse de rassurer le malade en lui affirmant qu'il ne s'agit pas de tubercules.

Dans les journées du 15 et du 16, les envies d'uriner sont fréquentes, toutes les quarante minutes. Mais la douleur en urinant diminue surtout après les grands lavements donnés matin et soir, et les petits lavements au chloral.

Dans la nuit du 16 au 17 août, le malade dort pour la première fois quatre heures de suite. Au premier réveil, l'envie d'uriner n'étant pas vive, il se borne à essayer d'uriner, sans y arriver, et se rendort. Mais bientôt le sommeil n'est plus possible, les envies d'uriner se rapprochent, deviennent de plus en plus vives et toujours la miction est impossible. J'arrive près du malade vers deux heures du matin. Je le sonde et je retire de la vessie plus de 400 grammes d'urine.

Je peux facilement injecter 300 gr. d'eau tiède dans la vessie lorsque, il y a deux jours, je ne pouvais en injecter que 80 gr. Ainsi la vessie se dilate déjà d'une façon notable. Les jours suivants, le malade se sonde facilement, et, après avoir uriné, il retire de la vessie au moins 250 gr. d'urine ; alors il reste quatre heures sans avoir envie d'uriner.

Quand il ne se sonde pas, il urine toutes les heures.

Les grands lavements d'eau tiède avec la longue canule en gomme sont toujours prescrits matin et soir.

Le 18, je supprime le petit lavement au chloral, et le malade boit de l'eau de graine de lin, préparée à froid.

A la fin de la miction naturelle, au moment du coup de piston, il expulse par l'urèthre des masses blanc-grisâtres assez volumineuses, de même nature que celle déjà évacuée grâce à la compression de la prostate entre le doigt et la sonde. Le malade commence à pouvoir rester plus facilement assis.

Le 21 août, je pratique le toucher rectal ; je constate une diminution considérable de la tuméfaction, à peine un noyau près de la corne droite de la prostate.

La pression du doigt fait sortir par l'urèthre des morceaux de cette matière blanc-grisâtre qui est toujours de même nature. Le 27 août, les douleurs en urinant reparaissent ; les envies ont lieu toutes les quarante minutes comme autrefois. Il y a des mucosités dans l'urine.

J'attribue cela à l'absence de garde-robes. Le malade, se trouvant bien, a cessé depuis 3 jours les grands lavements.

Je donne deux grands verres d'eau d'Hunyadi-Janos suivis de boissons abondantes (bouillons aux herbes). Cela suffit pour faire cesser l'excitation de la vessie qui se dilate à nouveau jusqu'à 400 cent. cubes, en gardant après chaque miction naturelle 250 cc. Le malade peut aller en voiture, marcher, s'asseoir et rester assis sans éprouver de douleur. Il vient facilement chez moi, faisant à pied 2 kilomètres sans en être gêné.

Le 29 août, dans mon cabinet, j'examine par le rectum. A la place de la tuméfaction dure décrite, se trouve une dépression molle, sans aucun point dur. La pression du doigt sur ce point fait sortir par l'urèthre du sperme liquide. De suite, j'examine au microscope ; je vois de nombreux spermatozoïdes. Mais ils sont immobiles, quelques-uns sont contournés sur eux-mêmes, beaucoup sont adhérents à des débris d'épithélium. Après un moment, je vois remuer quelques spermatozoïdes ; mais leurs mouvements sont extrêmement lents et ont lieu sur place. La présence du sperme liquide, la disparition des indurations dans la vésicule séminale droite et dans la prostate me firent supposer que l'éjaculation aurait lieu sans douleur.

Le 30 août, l'éjaculation a lieu sans douleur.

L'état de la vessie reste le même ; quand le malade ne se sonde pas, il urine sans douleur toutes les heures. En se sondant après avoir uriné il retire toujours de la vessie 250 cc. d'urine et la miction n'a lieu que quatre heures après.

Toutes les douleurs dues au mouvement ou à la position assise ont disparu. Le 1^{er} novembre 1878, mon confrère et ami le docteur Suender (de Madrid) m'écrit que « le malade ayant cessé de se sonder, urine toutes les heures, mais sans douleur. »

Il est à craindre que le malade ne prenant aucune précaution contre la constipation et contre la stagnation d'urine, il se produise une inflammation consécutive des voies génitales dilatées.

Chez notre malade, en raison de l'âge et de la contraction ancienne et continue de l'urèthre, l'élévation du col vésical persiste, reste telle que la vessie ne se vide plus, et nous voyons le malade être pris de rétention complète et d'une stagnation d'urine qui se maintient.

Tout cela se produit dès qu'il n'y a plus d'irritation localisée dans la région profonde de l'urèthre.

L'origine du réflexe de la surexcitation n'existant plus, celle-ci reprend de suite son état de passivité et se dilate beaucoup plus. Mais le col vésical étant dans une position élevée au-dessus du trigone, la ligne ou plutôt la résultante de contraction des parois vésicales ne tombe plus dans le col dès que la vessie est dilatée au delà de 400 cc. ou dès que la vessie ne contient plus que 250 cc. d'urine.

De là, dans le premier cas, la rétention complète d'urine, et, dans le second, la stagnation d'urine.

En réalité, ici nous avons une guérison, car notre malade est exactement dans les mêmes conditions que le calculeux âgé, ayant une grosse prostate, qui vide complètement la vessie tant que celle-ci est surexcitée par la pierre ou des morceaux de pierre, et qui ne la vide plus dès qu'elle est débarrassée des pierres qui l'irritaient.

CONCLUSIONS

I. — Les vésicules séminales peuvent être le siège d'une infection. Le plus souvent celle-ci est d'origine gonococcique et s'accompagne des lésions de l'urèthre et de la prostate. Les autres microbes (streptocoques, staphylocoques, bacilles de Koch, etc.) peuvent aussi produire la spermatozystite.

Anatomiquement l'affection se caractérise surtout par des lésions de congestion.

II. — Le diagnostic se fera à l'aide des symptômes généraux et locaux (douleur localisée par le toucher, abondance et caractère du liquide recueilli après expression des vésicules, spermatorrhée). Mais c'est surtout le toucher rectal qui l'affirmera.

III. — Le traitement devra consister avant tout dans le massage des vésicules. Il ne faudra pas cependant le considérer comme le seul remède de ces affections et, malgré son importance prépondérante, il n'en faudra pas moins mettre en œuvre les autres ressources thérapeutiques bien connues et dont l'efficacité n'est plus à discuter (lavages, lavements médicamenteux, suppositoires calmants ou décongestionnants, hygiène, régime, etc.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBARRAN et HALLÉ. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1898.
- ALBARRAN et MOTZ. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1898.
- AUBRY. — Valeur et indication du massage de la prostate (Thèse de Paris, 1889).
- AYRES (W). — New-York méd. and surg. Journal, 14 mai 1898.
- COLIN G. — Revue internationale de méd. et chir., 25 mars 1895, 10 et 25 décembre 1898, 25 juillet 1900, 10 août 1900.
- DESNOS. — Traité des maladies des voies urinaires. Paris, 1898.
- FINGER. — La blennorrhagie et ses complications, 1894.
- GAILLARD. — Les prostatites chroniques (Th. de Montpellier, 1903).
- GARDNER. — The Boston med. and surg. Journal, 18 juin 1896.
- GAUSSAIL. — Annales générales de médecine, 1831.
- GUÉPIN. — Comment il faut explorer la prostate : Journal des Praticiens, 1^{er} février 1896.
- Revue internationale méd. et chir., 25 février 1896.
 - La colique spermatique (Thèse Paris, 1894).
 - Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie, 18 octobre 1898.
- GUIARD. — Les complications de la blennorrhagie chez l'homme. Paris, 1898.
- GUEILLOT. — Des vésicules séminales (Thèse Paris, 1882).
- GUYON (F). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Tome II.
- Leçons cliniques des affections de la vessie et de la prostate.
 - Annales des maladies des organes génito-urinaires, mai 1904.

- GUYON et MICHON. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, mai 1895.
- JANET. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, juin 1895.
- Traitement des affections prostatiques et vésiculaires de la blennorrhagie aiguë et chronique.
 - Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1^{er} et 15 octobre 1899, 1^{er} janvier 1900.
- LAGNEAU. — Mal vénérien. Paris, 1815.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- MARADEIX. — Déférentite, vésiculite et péritonite blennorrhagique (Thèse Paris, 1898).
- MAURIAC. — Annales de Dermatologie, 1891.
- MAYET. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1896.
- MONOT et TERRILLON. — Maladie du testicule et de ses annexes. Paris, 1888.
- MONTAGNON. — De la fréquence des localisations et des reliquats prostatiques dans la blennorrhagie (Lyon médical, 13 août 1885).
- MOTZ. — Thèse de Paris, 1893.
- NOGUÈS. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. Juillet 1898.
- RAPIN. — Th. de Strasbourg, 1859.
- RELIQUET. — OEuvres complètes revues et publiées par Crépin. Paris, 1895.
- RELIQUET (J.). — Thèse de Paris, 1900.
- RELIQUET et GUÉPIN. — Gazette méd. de Paris, 25 octobre 1894.
- SEGOND. — Des abcès chauds de la prostate (Thèse de Paris, 1880).
- TESTUT. — Anatomie descriptive. Tome IV.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique. Tome II.
- TILLAUX. — Anatomie topographique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 19 Décembre 1908.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 19 Décembre 1908.

Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	IX
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	13
CHAPITRE II. — Anatomie des vésicules séminales.....	17
CHAPITRE III. — Etiologie.....	21
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.....	27
CHAPITRE V. — Symptomatologie et Diagnostic....	31
CHAPITRE VI. — Pronostic, durée et terminaison....	43
CHAPITRE VII. — Traitement.....	45
§ 1 Technique.....	46
§ 2 Indications du massage. Valeur thérapeutique.....	49
OBSERVATIONS.....	55
CONCLUSIONS.....	71
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	73

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
